

函南町長 仁科 喜世志 様

令和 年 月 日

同 意 書

下記の者は、函南町の子育て支援課が函南町ひとり親家庭等医療費助成要綱第5条、第6条、第13条に基づく事務手続きを処理するために限って地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、ひとり親家庭等医療費助成の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者	個人番号	
	氏 名	
	生年月日	
	申請者との続柄	
	現 住 所	
	<u>1月1日(※)現在の</u> 住 所 地	

同意者	個人番号	
	氏 名	
	生年月日	
	申請者との続柄	
	現 住 所	
	<u>1月1日(※)現在の</u> 住 所 地	

同意者	個人番号	
	氏 名	
	生年月日	
	申請者との続柄	
	現 住 所	
	<u>1月1日(※)現在の</u> 住 所 地	

※申請日が1月～6月の場合は前年、7月～12月の場合は本年

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない